

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1896 à 1 heure

Par G. SANGLINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉPATOPTOSE

Président, M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. HUTINEL, professeur.
MARIE, LETULLE, agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

498

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1896 à 1 heure

Par G. SANGLINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉPATOPTOSE

Président, M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
MARIE, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants.	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.
Professeur honoraire	
M. PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÈNETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552428_0019

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L' H É P A T O P T O S E

AVANT-PROPOS

C'est Blet (Thèse Paris, 1876) qui a publié le premier un travail d'ensemble sur le foie mobile et a rassemblé les observations dispersées surtout dans la littérature médicale étrangère.

Dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, M. Rendu a publié une importante étude sur cette question et, au cours de ce modeste travail, nous avons dû recourir maintes fois à cet article, nous pénétrer, à ce sujet et dans la mesure de nos forces, du profond sens clinique de son auteur. Après les observations de Landau (1885), les travaux de Glénard ont jeté sur ce sujet un jour nouveau : ils l'amenèrent à envisager l'hépatoptose en tant qu'incident au cours d'une affec-

tion plus générale qu'il créa de toutes pièces : l'entéroptose. Les débats soulevés par cette ingénieuse théorie n'ont pas encore abouti à une solution définitive. La chirurgie ne tardait pas d'ailleurs à trouver l'occasion d'une nouvelle conquête. Gérard Marchant créait l'hépatopexie ; Faure a fait de l'hépatoptose le sujet de sa thèse inaugurale, et dans le *Traité de Chirurgie*, M. Segond a consacré à l'étude du foie mobile un long article qui, par ses qualités de précision rigoureuse et de clarté, a mis la question au point.

Après ces importants travaux, nous n'avons d'autre prétention que d'apporter quelques nouvelles observations, colligées depuis les derniers travaux ; et, à ce propos, nous ne saurions trop remercier M. Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, d'avoir bien voulu nous communiquer la plus intéressante. Nous le prions de recevoir ici l'expression de toute notre reconnaissance pour les excellentes leçons qu'il nous a données et pour toute la bienveillance qu'il a constamment montrée pour nous.

Nous tenons à remercier MM. Balzer, Quénu, Barth, Gaucher et Bar, nos maîtres dans les hôpitaux, pour les bons enseignements et les bons conseils qu'il nous ont toujours prodigués.

Nous remercierons tout particulièrement MM. les professeurs Hayem et Berger.

Que M. le professeur Debove, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'expression de tout notre respect et de toute notre reconnaissance.

STATIQUE DU FOIE

Le foie est la glande la plus volumineuse, la plus consistante, la plus pesante de l'économie. Cet organe représente la forme d'un ovoïde dont on aurait retranché la partie gauche et inférieure. A lui tout seul il remplit la presque totalité de l'hypochondre droit, une grande partie de l'épigastre et la partie la plus élevée de l'hypochondre gauche. Sa face supérieure répond dans la plus grande partie de son étendue à la coupole diaphragmatique qui se moule exactement sur elle et leurs rapports sont si étroits que dans un cas (*Soc. anat.*, p. 203, 1889) Caryophyllis a montré un foie présentant sur sa surface des stries correspondant aux faisceaux musculaires du muscle diaphragme. Sa face inférieure est en rapport avec l'estomac, la masse intestinale et les reins qui lui forment comme une sorte de coussinet élastique.

Quels sont ses moyens de fixité? Ce sont :

- 1° Les replis du péritoine aussi appelés ligaments ;
- 2° Les vaisseaux ;
- 3° La pression réciproque des organes dans la cavité abdominale.

1° *Ligaments.*—*a.*—*Le ligament suspenseur ou falciforme*, vertical sur le cadavre ouvert et vidé, mais couché à plat sur le cadavre entier et congelé, ne joue par conséquent aucun rôle au point de vue de la suspension de l'organe.

b. — *Le ligament coronaire* est composé comme le précédent de deux feuillets qui sont toujours très courts et ont pour effet de fixer solidement le bord du foie au diaphragme. Toute tentative pour éloigner l'un de l'autre le muscle et le viscère reste sans résultat tant que le ligament coronaire conserve son intégrité.

c. — *Les ligaments triangulaires* occupent chacun, l'un à droite et l'autre à gauche, l'extrémité correspondante du ligament coronaire et sont aussi composés de deux feuillets unis par une mince couche de tissu cellulaire. Avec le ligament coronaire, ce sont les véritables ligaments suspenseurs du foie.

d. — *L'épiploon gastro-hépatique, les ligaments hépatorénal et hépatocolique*, reliant entre eux le foie l'œsophage, l'estomac, le duodénum et le coude droit du côlon transverse, assurent leur dépendance mutuelle et s'opposent, dans une certaine mesure, au déplacement de l'organe à droite et en avant.

Ces ligaments possèdent comme éléments constitutifs des fibres de tissu conjonctif auxquelles viennent se joindre quelques fibres élastiques. Leurs feuillets sont unis l'un à l'autre par une mince couche de tissu cellulaire dans lequel se voient ordinairement quelques vaisseaux sanguins et lymphatiques. A ne considérer que la transparence et la délicatesse de ces

feuillets séreux, il semblerait que le foie devrait être l'organe le plus mobile et le plus facile à déplacer de tous ceux qui sont dans l'abdomen; mais il n'en est rien. Sur le cadavre ouvert et vidé, le foie, privé des autres moyens de suspension que nous allons étudier, résiste encore à une traction de 20 kilogrammes.

2° Les vaisseaux et principalement la *veine-cave inférieure* sur laquelle le travail de Faure a attiré l'attention. Les veines sus-hépatiques, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres, unissent intimement la masse du foie à cette veine essentiellement fixe, qui, par la fermeté de ses adhérences, est clouée à la paroi abdominale postérieure, suivant l'image expressive de Jonnesco. Elle prend sur les bords de l'orifice diaphragmatique des attaches d'une extraordinaire puissance. Sous la violence des tractions elle se déchire au-dessous du diaphragme plutôt que de se séparer de lui. Avec la veine-cave seule, le foie supporte une traction moyenne de 27 à 28 kilogrammes. Aussi, dans une des rares autopsies d'hépatoptose qui aient été faites, la veine-cave a-t-elle paru à Faure extraordinairement lâche et comme allongée, se laissant écarter sans peine.

Le canal d'Arantius et le ligament rond (ex-veine ombilicale devenue fibreuse et qui traverse obliquement l'abdomen de bas en haut, d'avant en arrière et de gauche à droite) passe au-dessous du foie et forme pour ainsi dire une espèce de corde tendue, sur laquelle repose ce dernier organe.

3° La pression réciproque des organes dans la cavité abdominale; son rôle a été nié par les uns, considéré

comme indispensable par les autres. « Le foie, dit Poulet, est soutenu par toute la masse intestinale comme un coussinet élastique sur lequel elle oscille lentement et sans secousses. » Couturier fait remarquer que le foie s'écarte du diaphragme quand, la cavité abdominale ouverte, vidée ou non des autres viscères, on pend le cadavre par une corde placée sous l'aisselle. Pour Landau, il paraît évident qu'une certaine tension du milieu abdominal contribue à y maintenir les organes dans leurs positions respectives, alors que l'effet de leur propre poids est diminué par une compression qui s'exerce de bas en haut. Il est clair que la tension et l'élasticité des parois, formées de plans musculaires et aponévrotiques, joue le principal rôle. « Grâce à cette tonicité, le matelas intestinal soulage l'appareil suspenseur véritable et dans certains exercices comme la course, le saut d'un lieu élevé, l'équitation, amortit les secousses et les tiraillements que le foie ne manque pas d'exercer sur ses ligaments » (Faure).

Deux systèmes prévalent actuellement : suivant les uns la pression intra-abdominale permettrait à la masse intestinale de jouer le rôle d'un coussinet élastique, maintenant le foie en place. Si celui-ci tombe, ce ne peut être que lorsque le coussinet disparaît, soit à la suite d'entéroptose, où l'on voit que la masse des intestins retombe tout entière dans le petit bassin, soit à la suite de l'éventration amenant une diminution considérable de la pression abdominale.

Pour d'autres auteurs, le foie est retenu uniquement par ses ligaments et par la veine-cave, ces moyens de

suspension réunis pouvant résister à la traction exercée par un poids de 35 à 40 kilogrammes.

Peut-être pourrait-on admettre que la paroi abdominale et le coussinet élastique ont une grande importance dans l'espèce et que les ligaments suspenseurs et la veine-cave interviennent pour empêcher le foie de se déplacer si ces deux facteurs viennent à faire défaut. Néanmoins si cette défaillance se prolonge comme dans les cas d'éventration et d'entéroptose, surtout si les malades doivent faire des efforts assez violents, les ligaments peuvent céder, s'allonger, les tissus de la veine-cave ou ceux de ses attaches fibreuses se relâcher, forcés de jouer le tout d'un rôle dont ne leur revenait auparavant qu'une partie pour laquelle ils étaient histologiquement constitués. Sans doute, l'appareil de suspension du foie lui permet de résister à des tractions énormes : mais l'action lente et ininterrompue de son propre poids que rien ne vient plus balancer, peut et doit amoindrir la puissance de ce système composé, non pas de molécules inorganiques mais au contraire de tissus aux cellules vivantes, capables de subir des modifications d'autant plus profondes qu'ils sont plus continuellement sollicités. Cette explication pathogénique est peut-être acceptable car elle tient compte de l'utilité réelle de tous les éléments qui interviennent pour maintenir en équilibre la statique abdominale et annihile les effets d'aucun.

ÉTIOLOGIE-PATHOGÉNIE

L'hépatoptose, nom moderne du foie mobile, du foie ambulant (Marino) ou volant (Sutuguin) ou errant (Chvostek), a été d'abord attribuée par les auteurs à l'insuffisance des ligaments suspenseurs du foie ou à des dispositions spéciales, sans doute congénitales, les empêchant d'exercer leur action normale. Dans l'observation de Longuet (*Bull. soc. anat.*, p. 186, 1874), les ligaments coronaires et latéraux n'existaient pas, en sorte que l'appareil suspenseur du foie était réduit au seul ligament falciforme et à la veine-cave. Il en résultait que l'organe basculait comme une balance mal équilibrée et que sa mobilité était extrême. Dans une observation de Lannelongue (1895) le ligament falciforme n'existait pas. Une malformation plus commune résulte de l'allongement extrême des feuillets du ligament coronaire et celui-ci, au lieu de souder le foie au diaphragme comme normalement, prenait les proportions d'un véritable méso. Ce mésohépar a été rencontré par Wassiljew : mais en revanche les recherches de Landau et de Fauré ont été absolument négatives à ce sujet. Dans l'autopsie d'un cas d'hépatoptose (Obs. VII) Leube dit,

sans détails, avoir trouvé un allongement des ligaments. Quoi qu'il en soit, il faut se garder de prendre l'effet pour la cause, que les ligaments soient atrophiés, disparus, ou qu'ils se soient allongés.

D'autre part, l'insuffisance des ligaments semble pour Winkler être la conséquence d'une dégénérescence graisseuse, et Cantani invoque l'influence des péritonites locales qui altèrent la structure du tissu fibreux.

De nouvelles recherches ont tenté de serrer de plus près la question. Tout d'abord foie mobile, flottant, tournant, n'est pas synonyme de foie déplacé, abaissé, ces deux dernières épithètes n'impliquant pas l'idée de mobilité. En effet, le foie peut être déplacé par un kyste hydatique, refoulé par une tumeur ou un abcès sous-phrénique; il peut être abaissé par un épanchement pleural, déformé par le rachitisme thoracique sans que sa fixité soit modifiée.

On peut aussi constater qu'une partie du foie est fixe et que l'autre partie est mobile : c'est l'hépatoptose partielle. La masse hépatique restant en place, une de ses parties, et c'est habituellement le bord tranchant, le lobe droit, peut s'hypertrophier, se pédiculiser plus ou moins. Ce lobule anormal est mobile, se déplace alors que la partie centrale reste fixe : c'est en présence de ces cas que se sont trouvés Tscherning, de Copenhague, et Ritter von Acker, de Vienne : c'est ce lobule mobile qu'ils ont fixé. On peut invoquer dans une certaine mesure cet allongement hypertrophique par les tiraillements de la vésicule biliaire atteinte d'une tu-

meur néoplasique, de distension par un liquide enkysté, un calcul volumineux. Riedel, d'Iéna, a écrit un mémoire dans lequel il constate cette influence et son importance au point de vue du traitement curatif de toute une classe de lobes du foie mobiles.

En contraste avec la chute progressive, graduelle du foie que nous allons étudier, mettons d'abord le déplacement brusque du foie consécutif à un effort. Il s'agit alors d'une véritable luxation traumatique, comme Garnett en a rapporté un cas produit chez une femme dans un mouvement précipité pour ramasser un objet sur le sol; comme le cas de Gouterman suivi de mort et survenu au cours de quintes de coqueluche, comme celui de Rudow dont nous rapportons l'observation (Obs. I).

Sans être hypertrophié, le foie peut se déplacer en totalité, devenir flottant ou mieux, d'après Landau, tournant, soit en avant, soit en arrière, autour d'un axe vertical fictif qui passerait à mi-distance entre l'ombilic et l'insertion hépatique de la veine-cave inférieure. C'est l'hépatoptose acquise et ses causes ont été divisées par M. Segond en trois groupes :

Premier groupe. — Circonstances qui agissent en repoussant le foie de haut en bas (Étroitesse congénitale ou acquise de la base du thorax; kystes ou tumeurs de la face convexe du foie; épanchements pleurétiques; corset trop serré) (Schatz).

Deuxième groupe. — Circonstances qui livrent le foie à son propre poids en le privant plus ou moins de l'assise et du

soutien que la masse intestinale et surtout la résistance d'une paroi abdominale saine lui fournissent à l'état normal. Coexistence du rein mobile, du foie flottant.

Troisième groupe.—Altérations hépatiques, congestives ou néoplasiques, susceptibles d'augmenter le poids de l'organe et capables par conséquent de mettre en échec son appareil suspenseur.

Les observations nouvelles que nous avons pu recueillir appartiennent en majorité au deuxième groupe de cette classification.

Les observations VII et XI appartiennent au troisième par les altérations du foie et au second par la dégénérescence de la paroi abdominale.

Le sexe féminin est prédisposé à cette affection et c'est à un âge assez avancé qu'elle apparaît ordinairement.

Plus encore que l'âge, les grossesses antérieures jouent un rôle incontestable. Jamais l'affection n'a été signalée chez les nullipares. Le développement de l'utérus distend les parois molles de l'abdomen, et cette distension peut aller jusqu'à l'éventration, surtout lorsqu'à cette cause vient s'ajouter depuis longtemps la compression de la taille par un corset trop étroit; elle produit un rétrécissement, une diminution de capacité de toute la région sus-ombilicale; de là le développement exagéré de la région sous-ombilicale, poche vers laquelle sont repoussés l'intestin, l'estomac, les colons. Les grossesses multiples et laborieuses, une ascite, une laparotomie augmenteront encore dans une large mesure cette

déchéance de la paroi abdominale et la statique des viscères en sera à jamais troublée.

L'amaigrissement et la cachexie succédant à l'obésité produiront les mêmes effets en produisant le relâchement des parois, en faisant disparaître les masses adipeuses du péritoine : le contenant sera devenu trop grand pour le contenu.

Il est à considérer que souvent les lésions ne sont pas isolées, que souvent le foie mobile accompagne un rein flottant du côté droit, parfois une néphroptose double (Obs. XII).

Landau a vu des relations entre le foie flottant et les affections de l'utérus. Glénard, en décrivant sous le nom d'entéroptose un état pathologique caractérisé par le prolapsus de la plupart des organes de l'abdomen, a trouvé une proportion de dix-neuf cas d'hépatoptose sur environ trois cents entéroptoses.

Il n'est pas douteux qu'il existe une cause prédisposante, constitutionnelle, héréditaire parfois, consistant en un trouble de la nutrition générale, et d'après lequel les tissus fibreux et le système musculaire à fibres lisses, faibles, peu résistants, possèdent une tendance à se laisser distendre facilement, lorsqu'ils sont soumis à des fatigues constantes, à des efforts prolongés. On connaît la prédisposition aux hernies que l'on rencontre dans certaines familles où l'on ne se livre pourtant guère à des efforts persistants. Les vergetures, les varices, l'éventration se rencontrent fréquemment chez des organismes de ce genre et c'est probablement chez eux que l'on rencontre le plus d'entéroptose.

Sans nier qu'il y ait une faiblesse congénitale des tissus fibreux et musculaire lisse, nous pensons qu'elle est accidentelle et relativement rare, tandis qu'une imperfection acquise de la contention des organes abdominaux nous paraît plus naturelle et plus constante. C'est ce qui peut nous permettre de comprendre la fréquence de beaucoup plus grande de cette affection chez les femmes que chez les hommes. Ceux-ci n'ont fourni à l'observation que deux ou trois cas (Obs. VII).

SYMPTOMATOLOGIE

L'hépatoptose est encore trop peu connue pour que ses symptômes fonctionnels aient pu être relevés dans leur succession réelle. Cependant, dans les cas de brusque prolapsus hépatique, les symptômes sont immédiatement graves. Au moment même de la luxation, c'est une douleur inexprimable, avec retentissement sur tout l'organisme, avec l'angoisse particulière aux brusques désordres viscéraux. La respiration est rapide, pénible ; le pouls est précipité, mal perceptible, arythmique : la face est pâle. Le malade est dans une agitation nerveuse et une inquiétude psychique alarmante.

A l'inspection, on est frappé par le défaut de symétrie du ventre : le côté droit forme une voussure et offre une certaine résistance à la palpation. On arrive à délimiter une vaste tumeur, à reconnaître le bord inférieur du foie avec sa double incisure caractéristique. Ce bord inférieur peut, dans d'autres cas, devenir très oblique, presque vertical, le lobe droit descendant profondément dans la fosse iliaque droite. Une matité absolue envahit tout ou partie du flanc droit.

Par la brusquerie du début, par l'intensité des accidents auxquels elle donne lieu, l'évidence des changements survenus dans les rapports des viscères abdominaux, la luxation soudaine du foie peut être aisément diagnostiquée. Il n'en est pas de même de l'hépatoptose qui s'établit lentement et s'accroît progressivement. Ici les symptômes fonctionnels n'apportent au diagnostic aucun élément positif; les troubles décrits par les malades sont confus et présentent une grande variété. Ils sont parfois nuls (Longuet et Obs. II). Le plus commun des symptômes est la sensation d'une pesanteur habituelle et d'un tiraillement constant vers l'hypochondre droit. Instinctivement les malades compriment cette région. La douleur, habituellement sourde, s'exaspère par le moindre mouvement, l'effort le plus insignifiant, par la toux, une inspiration profonde, les promenades. La marche l'exagère au point de suspendre complètement la progression et d'exiger une pause immédiate (Obs. X). Ces douleurs s'irradient dans les lombes, dans la paroi thoracique, dans la ceinture scapulaire : ce sont probablement des douleurs réflexes dues à la compression, au tiraillement des plexus abdominaux. Par l'intermédiaire du nerf phrénique droit, d'après Luschka, on voit se produire une irradiation ascendante vers l'épaule droite. Les nausées, les vomissements, parfois bilieux, le manque d'appétit, sont fréquents.

Le décubitus latéral gauche n'est pas toléré.

A ces symptômes habituels viennent s'ajouter des accès paroxystiques (Obs. V) dont l'acuité est parfois

assez intense pour faire croire à une maladie plus sérieuse : des troubles digestifs variés les accompagnent, tantôt le météorisme et la constipation. Dans ces crises aiguës, on constate une sensibilité excessive des viscères abdominaux et une véritable hyperesthésie des parois du ventre. Le système nerveux finit à la longue par s'en ressentir et l'hystérie, l'hypochondrie en résultent, comme il arrive pour les reins mobiles.

Ces accès douloureux peuvent être assez intenses pour simuler une colique hépatique surtout lorsque l'ictère apparaît. L'hépatoptose peut, en effet, donner naissance à un ictère plus ou moins développé, par la coudure ou la torsion du cholédoque, obstruant momentanément les voies biliaires et causant un ictère par rétention (Obs. V et IX). Il existe même des cas d'hépatoptose dans lesquels la lithiasé biliaire existe réellement, affirmée par la présence de calculs. S'agit-il d'une simple coïncidence ou y a-t-il rapport de cause à effet entre la descente du foie et la lithiasé biliaire ? Godart n'ose être affirmatif à cet égard. Certes on peut supposer que les torsions intervenues ont pu provoquer la stase de la bile et le dépôt des sels biliaires qui constitueront des calculs : on peut admettre un trouble des cellules du foie altérant la composition de la bile ; mais ce ne sont là que des hypothèses que la supposition d'une coïncidence peut toujours réduire à néant. Mathieu fait remarquer à propos de sa malade (Obs. IX), que l'on trouve tantôt des crises douloureuses sans ictère, tantôt de l'ictère sans douleur. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans la lithiasé

biliaire ou lictère ne survient guère sans douleur préalable. D'autre part Glénard dit avoir été frappé du nombre de malades envoyés dans les stations thermales avec le diagnostic de coliques hépatiques et qui n'étaient que des entéroptosés atteints de coliques sous-hépatiques, selon son expression, et ressortissant tout simplement à l'entéroptose.

Les signes physiques sont beaucoup plus importants, car ce sont eux qui décident du diagnostic. L'inspection de l'abdomen fait constater la fréquence du ventre en besace, du ventre pendant (Landau), et ce fait est vérifié dans toutes nos observations : on observe fréquemment une véritable éventration. Il présente de l'asymétrie due au volume du foie tombé. La palpation est le meilleur mode d'investigation. On sent d'habitude au voisinage de l'ombilic et dans l'hypochondre droit une tumeur que les malades désignent eux-mêmes. En général le foie descend en masse, et sans exécuter autre chose qu'un mouvement de bascule. Il devient rétro-ombilical : sa face supérieure convexe reste supérieure et le bord tranchant reste antérieur. Mais le foie peut également se renverser (Obs. VIII).

Il faut chercher à délimiter l'organe, rechercher l'encoche du ligament falciforme, percevoir sa consistance, vérifier sa mobilité. La palpation doit être faite tour à tour dans le décubitus dorsal et latéral, dans la station verticale et la situation assise : pour cette dernière investigation, le malade doit tenir le corps légèrement penché en avant, les bras étendus, les mains appuyées au dossier d'une chaise ou sur les genoux

mêmes. Le médecin doit se placer latéralement et un peu en arrière pour palper l'hypochondre, les mains étant situées dans l'attitude qu'elles auraient s'il palperait son propre corps ; les sensations sont ainsi mieux perçues (Létienne).

La percussion donne les résultats les plus inconstants sauf pour la détermination de la limite supérieure du foie.

Dans tous les cas, l'hypochondre droit est le siège d'une sonorité insolite qui se continue sans ligne de démarcation avec le son pulmonal. Au-dessous des fausses côtes, la percussion gênée par les anses intestinales donnent souvent des indices trompeurs. Le murmure respiratoire se fait aussi entendre à l'auscultation à la place qu'occupe le foie physiologique.

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir que les deux données physiques capitales du foie mobile sont : 1° la constatation de la surface hépatique en un point quelconque de l'abdomen ; 2° la réductibilité possible. Ce dernier caractère différencie cette affection de toutes celles qui hypertrophient le parenchyme, le déforment, et des affections de voisinage qui le refoulent et l'abaissent.

Ces conditions rendent le diagnostic relativement facile puisque l'affection est par elles directement appréciable et qu'il suffit de la rechercher pour la trouver dans les cas confirmés. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et les sensations obtenues sont, dans nombre de cas, loin d'être assez nettes pour être facilement et justement interprétées.

Nous n'en voulons d'autres preuves que les surprises éprouvées par les chirurgiens au cours des interventions qui devaient les amener, *a posteriori*, à créer l'hépatopexie. C'est au cours d'une tentative de néphropexie que Pichevin, Terrier et Beaudouin, ont diagnostiqué un foie mobile concomitant. Rendu rapporte que dans un cas on crût, dans le service de M. Moissenet à

l'Hôtel-Dieu, à un cancer du foie. Riegel croyait avoir affaire à une tumeur de l'ovaire. Richelot (Obs. III) avait pensé à une pérityphlite et son interne à une néphroptose. Le professeur Lannelongue, de Bordeaux (Thèse Couturier), avait porté le diagnostic de tumeur du grand épiploon. Mathieu songea un instant à un néoplasme des voies biliaires (Obs. IX).

Nous avons insisté, dans le précédent chapitre, sur les préoccupations que peut causer l'ictère : il sera absent dans les lobes de foie mobiles. Il est à remarquer, en outre, que, dans quelques observations, le foie lui-même est malade : l'opérée de Lannelongue avait un foie cirrhotique ; nous en rapportons deux observations (Obs. VII et XI).

Il faut donc, dans un cas douteux, faire un examen complet et minutieux des malades et étudier de parti pris la situation exacte de tous les viscères abdominaux. Malgré cela, les affections de la vésicule biliaire, les abcès, les kystes hydatiques créeront toujours de sérieuses difficultés au clinicien : une ponction heureuse, dans ces cas, pourra venir à son secours.

TRAITEMENT

A part les cas aigus de luxation du foie pouvant amener la mort brève, le pronostic de l'hépatoptose elle-même est en général bénin. Mais la persistance de cet état anormal, la difficulté qu'on a d'y remédier, rendent cette affection douloureuse, gênante et en font une source de troubles multiples à répétition.

Le traitement peut et doit être d'ordre purement externe dans la majorité des cas.

On fera porter au malade une ceinture eutocique, adaptée à la forme du thorax, munie d'une pelote à laquelle on donnera le volume et la forme s'accommodant le mieux à la situation. Une pelote ayant la forme d'un croissant a rendu les plus grands services à la malade de M. Siredey (Obs. XII). Cette sangle devra être suffisamment serrée. Elle sera placée directement sur la peau. Il faut cinq à six jours pour oublier les malaises inhérents à la sangle elle-même : on s'y habitue comme à un vêtement nouveau. Le corset doit être modifié ou supprimé.

Pour accroître la tonicité de la paroi abdominale, on peut recourir à la faradisation, à la galvanisation, à la sangle hypogastrique de Glénard. Une intervention chirurgicale peut équivaloir à ces moyens. La cure ra-

dicale des hernies a poussé les chirurgiens à rechercher les meilleurs moyens de contention de la paroi abdominale. M. Quénu, par un ingénieux procédé, fait une suture à quatre étages en suturant ensemble les gâines des muscles droits, les muscles droits eux-mêmes et les couches superficielles.

L'entrecroisement partiel des muscles droits a donné aussi d'excellents résultats à Dauriac (Th. Paris, 1896).

Lorsque les douleurs sont vives et les désordres graves, on peut tenter, par l'hépatopexie, de rendre au foie ses rapports normaux. Esquissée par Tscherning, von Acker, Langenbuch, pour le traitement des lobes du foie mobiles, cette opération a été faite pour la première fois par Gérard-Marchant. Richelot, Lannelongue ont eu des résultats durables.

L'incision doit être toujours verticale (Richelot) sur la ligne médiane ou le bord externe du muscle droit. On passe des fils en fort catgut entre les couches profondes de la paroi abdominale et la face convexe du foie en appliquant celle-ci au péritoine pariétal, sans traverser l'organe de part en part, car le contact arrête l'hémorrhagie, tandis que les trous de la face inférieure peuvent saigner gravement. Les fils sont serrés avec modération : mais ce n'est pas le fil qui tient l'organe en définitive, c'est l'adhésion inflammatoire des tissus dont il est cause. On enlève les fils au dixième jour ; les adhérences sont faites vers le quinzième : le port d'un bandage est nécessaire ensuite pour assurer les bons effets de l'intervention.

CONCLUSIONS

1° L'intégrité de l'appareil suspenseur du foie trouve une condition indispensable dans la pression abdominale entretenue par la tonicité de la paroi;

2° L'hépatoptose se rencontre, dans l'immense majorité des cas, chez des femmes dont la paroi abdominale ne remplit plus son rôle physiologique ou présente une éventration.

3° L'imperfection congénitale des tissus y prédispose ;

4° L'hépatoptose est justiciable, soit du port d'une ceinture eutocique, soit de l'hépatopexie, soit de toute intervention ayant pour but de raffermir la paroi abdominale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée).

J. hebdomadaire de médecine de St-Petersbourg, 1879 Rudow.

Une femme de 35 ans, sept semaines après son onzième accouchement, ayant été cahotée en voiture, est prise de douleurs violentes. A la percussion on constate qu'à droite le son clair du poumon succède immédiatement au son hydroaérique de l'intestin : dans la région ombilicale existe une tumeur dure, lisse, s'étendant à droite et en haut à deux, en bas à quatre, à gauche à six travers de doigt de l'ombilic.

Le port d'une ceinture fait réintégrer au bout d'une semaine la plus grande partie de la tumeur dans l'hypochondre droit.

OBSERVATION II (résumée).

Riforma medica, 1893. Cardarelli.

Une femme de 52 ans ayant eu dix grossesses vient consulter l'auteur parce qu'elle croit à une onzième. Elle ne présente d'ailleurs aucun malaise. A l'examen :

ventre en bas; tumeur mobile, de résistance modérée et de superficie irrégulière, longeant à droite par sa partie supérieure les fausses côtes; le côté gauche de la tumeur correspond à une ligne qui prolongerait le sternum; elle arrive en bas à quatre travers de doigt de la cicatrice ombilicale. A la percussion son tympanique; sonorité anormale à la partie inférieure du poumon droit. Foie réintégrant assez facilement sa cavité. Pas de grossesse.

OBSERVATION III

Union médicale, 1893, Richelot.

Une femme de 28 ans, marchant à peine, est gênée dans son travail depuis une année environ. Mais c'est depuis deux mois surtout qu'elle se mit à souffrir du côté droit et sentit dans la fosse iliaque une tumeur qui se déplaçait. Les douleurs revinrent par accès fréquents, elle eut des vomissements bilieux, peut être un peu de fièvre qui maintenant n'existe plus. Aujourd'hui elle a cessé tout travail.

On trouve assez haut dans la fosse iliaque droite un empatement dur, circonscrit, sans mobilité douloureuse à la pression. Ni fluctuation, ni résistance. Entre la tumeur et les fausses côtes le flanc droit est libre et paraît avoir toute sa souplesse.

Incision verticale sur la ligne médiane. La tumeur adhère à la paroi dans toute la hauteur de l'incision. Décollée, on reconnaît le foie descendu dans la fosse iliaque. L'organe est de volume normal et son tissu paraît sain: mais il a changé de place, il est devenu vertical. Son lobe gauche occupe l'hypochondre droit,

sa face convexe est tournée en dehors et l'extrémité de son lobe droit est venue se mettre en rapport avec la paroi abdominale, un peu au-dessus du cœcum. L'adhérence qui s'est faite en ce point correspond à une surface large comme la paume de la main, où la capsule de Glisson est blanche, épaisse et fibreuse, de telle façon que cette minime partie du foie, qui d'ailleurs ne contient ni kyste, ni aucun produit morbide apparent, simulait par sa dureté une tumeur nettement circonscrite. L'intégrité du tissu hépatique au-dessus de la zone fibreuse donnait à la région une souplesse relative qui faisait croire à un vide, à une interruption complète entre la tumeur et les fausses côtes. Il y avait donc une périhépatite localisée qui rendait le foie déplacé immobile, et contribuait à l'obscurité du diagnostic. Le malade d'ailleurs ne présentait aucun degré d'entérop-tose ; tous les autres viscères sont à leur place, la paroi abdominale est ferme et le ventre est plat. Son appétit est conservé, ses digestions régulières. Elle a eu trois grossesses normales. Aucune donnée relative à l'étiologie.

M. Richelot a revu sa malade guérie trois mois après l'opération : c'est la première fixation du foie réussie et curative.

OBSERVATION IV

Policlinique, Bruxelles, Godart.

La nommée C... Jeune, âgée de 55 ans, dit être malade depuis trois ans ; à cette époque elle a commencé à respirer avec difficulté quand elle devait faire le moindre travail et à sentir une pesanteur à la région

épigastrique. En même temps, elle était prise parfois d'accès douloureux peu prononcés, ainsi que de vertiges, céphalalgie, battements de cœur et troubles de la vue. Ces symptômes se sont peu à peu accentués et actuellement, étant à l'époque de la ménopause et n'ayant plus ses règles depuis deux mois, elle croit que son état s'est fortement aggravé, car aux phénomènes ci-dessus énoncés, est venu s'ajouter une aggravation notable des troubles digestifs auxquels elle était en proie depuis le début de son mal.

Chaque matin, la femme a des envies de vomir, des renvois fréquents et un poids très gênant sur l'estomac après le repas. La douleur résiste surtout dans l'hypochondre gauche. Il n'existe pas de pyrosis; l'appétit est absolument nul, ce dont la malade se plaint le plus : les selles ne surviennent que par des moyens artificiels. De plus la malade ne peut pas dormir; ni dans le décubitus dorsal, ni couchée sur le ventre. C'est couchée sur le côté droit seulement qu'elle parvient à prendre quelque repos. Les renseignements anamnestiques qu'elle nous donne sont peu nombreux, elle avait toujours été bien portante jusque il y a trois ans, et sa profession de maraîchère était assez fatigante; elle a eu dix enfants.

L'examen physique de la malade montre une femme assez bien charpentée, présentant un certain degré d'adiposité.

La peau a une teinte légèrement subictérique, la figure est fortement rosée. La langue est saburrale.

Une particularité nous frappe dès l'examen de l'abdomen dans la station debout, c'est la proéminence du ventre qui retombe sur les cuisses. De nombreuses vergetures existent sur la paroi abdominale et aux

cuisses. Dans le décubitus l'abdomen s'étale sur les flancs.

La palpation nous permet de sentir une tumeur lisse très volumineuse dans les régions hypochondre droit, ombilicale et hypochondre gauche, parfaitement circonscrite par un bord tranchant donnant l'impression que l'on éprouve en palpant le foie débordant les fausses côtes : ce bord part du flanc droit au niveau d'une ligne transversale située à trois centimètres audessous de l'ombilic, se dirige vers l'hypochondre gauche et remonte en décrivant une courbe jusqu'à deux ou trois centimètres à gauche de la ligne parasternale. La tumeur est parfaitement mobile.

La paroi abdominale est très flasque, les muscles droits sont assez écartés. La palpation des régions rénales nous fait croire que le rein droit a quitté sa loge. La percussion de l'estomac ne peut donner de résultats, en présence de cette tumeur qui couvre la majeure partie de la région épigastrique.

La matité absolue du foie ne se perçoit que sur le bord inférieur de la septième côte sur la ligne mamillaire, et la ligne de matité se dirige vers le bas en allant vers la ligne axillaire, au point qu'à ce niveau, elle sort de la cage thoracique.

En arrière, on ne perçoit pas de matité hépatique en percutant la cage thoracique, mais un ton pulmonal bien net.

OBSERVATION V

Policlinique, Bruxelles, 1895. Godart-Danhieux.

Il y a sept ou huit ans, S... Pauline, ménagère, âgée de 31 ans, a ressenti pour la première fois, au moment

où elle allaitait son dernier né, âgé de quinze jours, une douleur à l'épigastre et dans les hypochondres qui survint brusquement et persista pendant deux heures. Pendant les quelques jours qui suivirent, la malade ressentit un mal sourd au même endroit.

Après un long intervalle, la même crise s'est représentée, puis les intervalles se sont raccourcis de plus en plus jusqu'aujourd'hui. A signaler une jaunisse qui a suivi l'un des accès.

Actuellement, les crises reviennent tous les quinze jours : la douleur débute dans l'épigastre, atteint le dos et le côté droit, et après deux ou trois heures, se termine avec des vomissements alimentaires et bilieux. Ces crises ne reviennent pas toujours à la même heure, ni au même temps après les repas. Après ces crises, les urines sont brunes, dit la malade.

Les selles sont rares, douloureuses, foncées. L'appétit est faible. Tous les matins, la malade a des glaires abondantes. Elle a quatre enfants : après ses couches elle se levait toujours dès le deuxième ou troisième jour.

Examen objectif. — La figure est rose, jeune, sans la moindre trace de subictère. Le tissu adipeux est très développé. Le ventre est très fort, s'étale : il est mou et se laisse facilement déprimer. Les efforts que la femme fait pour se relever développent une saillie des intestins, entre les deux muscles droits et dans les flancs.

La palpation est insensible, sauf dans l'hypochondre et le flanc droits, et à l'épigastre. La palpation profonde permet de constater dans le flanc droit une masse profonde que l'on peut faire mouvoir ; on délimite profondément, contre la paroi postérieure, le bord du foie, à deux bons travers de doigt en dessous du bord costal.

La limite supérieure du foie est abaissée au point que l'aire de matité occupe tout au plus deux travers de doigt de la cage thoracique, sur la ligne mamillaire. La ligne de percussion supérieure est à la dixième côte sur la ligne axillaire, la huitième sur la ligne mamillaire, la septième sur la ligne parasternale, sur la ligne médiane elle atteint la pointe du sternum.

En déplaçant la malade, ces limites changent beaucoup, et la percussion de la région dorsale, la malade étant dans le décubitus latéral gauche, donne une sonorité jusqu'en bas de la cage thoracique.

On ne sent pas de rein mobile : l'estomac descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La malade présente, en outre, le boudin iléo-cœcal et le cordon sigmoïdal. Les décubitus dorsal et latéral droit sont seuls favorables à son repos.

Il est probable que le foie a basculé autour de la veine-porte et de ses connexions fibreuses, suivant un axe antéro-postérieur, le lobe gauche étant moins descendu que le lobe droit qui a glissé dans le flanc.

OBSERVATION VI (*id.*).

Une paysanne âgée de 56 ans se sentait malade depuis le nouvel an quand elle vint consulter le 20 avril. Elle a commencé à présenter de la sécheresse de la bouche, un amaigrissement général, et son teint est devenu jaunâtre, ce qui a fait croire à son médecin « qu'elle avait le foie attaqué ». Elle avait alors perdu 3 kilogrammes en trois mois. Aucune sensation subjective à l'estomac, constipation habituelle.

Le teint est fortement subictérique, les traits un peu tirés, amaigris. Le ventre laisse voir les mouvements

péristaltiques entre les muscles droits. Eventration de trois travers de doigt. Le gros intestin présente les trois signes de Glénard (boudin iléo-cœcal, corde colique transverse, cordon sigmoïdal). Le bord inférieur du foie est à trois travers de doigt sous le rebord costal. Le bord supérieur se trouve sur la ligne axillaire antérieure à la dixième côte, à la neuvième sur la ligne mamillaire, à la sixième sur la ligne parasternale.

Dans le décubitus latéral gauche, il atteint à peine la douzième côte et la région dorsale est complètement sonore. Le rein droit est flottant dans la fosse iliaque et le flanc droit. L'urine n'est pas très abondante. La réduction de la liqueur cupro-potassique obtenue avant l'ébullition indique la présence d'une quantité assez abondante de sucre. Cette glycosurie de la malade a présenté ce côté intéressant que l'administration d'un régime contenant une quantité minima de féculents la faisait disparaître totalement. En lui permettant à nouveau du pain, au bout de huit jours, le sucre reparais-sait dans ses urines en quantité assez notable.

OBSERVATION VII

Clinique médicale de Wurtzbourg, 1894, Leube

Il s'agit d'un paysan de 17 ans qui n'en paraissait que 14. Rhumatisme articulaire aigu il y a cinq ans. En 1891, ascite qui fut ponctionnée trois fois. Il urine très peu depuis quatre semaines et sa respiration est difficile. Amené à la Clinique on constate une insuffisance des valvules mitrale et tricuspide, de la congestion du foie et de l'ascite. La digitale ayant eu un effet

peu utile on se décide à ponctionner l'ascite et on fait une ponction exploratrice pour examiner le liquide. La petite blessure ne se cicatrise pas, et le liquide sort toute la nuit de sorte que le lendemain le ventre était tout aplati et se présentait flasque et pendant. A l'examen, l'épigastre se présente profondément abaissé en dessous de l'arcade costale et surtout à droite. Plus bas on constate l'existence d'une tumeur formant relief à la surface du ventre, de résonnance obscure, dont la limite supérieure descend rapidement vers l'épigastre affaissé tandis qu'elle se perd en bas sans limites précises. Elle mesure en hauteur dix à onze centimètres sur la ligne médiane, quinze sur la ligne mamillaire, trente-cinq centimètres transversalement de gauche à droite.

La superficie de la tumeur énormément mobile est unie et dure (induration cyanotique du foie); le bord inférieur est à pic et s'étend de gauche à droite : on reconnaît à coup sûr le bord inférieur du foie. La limite supérieure convexe s'étend profondément en arrière vers la colonne vertébrale : de cette limite supérieure jusqu'à l'arcade costale se trouve une partie creuse au niveau de laquelle on distingue un mouvement oscillatoire causé par les pulsations communiquées par le cœur au liquide situé dans l'épigastre entre le foie et le diaphragme et représentant évidemment une partie de l'ascite. En effet, en ponctionnant dans cet espace au-dessus du foie on obtient une sérosité limpide.

On peut facilement et sans une forte pression déplacer le foie dans l'hypochondre. Le liquide trouvé au-dessus du foie demeure que le malade soit étendu ou levé et même après une longue station debout. On peut supposer que le liquide ne peut pas descendre par l'effet des adhérences qui se sont produites. Cette

ascite ne serait pas un simple produit de transsudation, mais le résultat d'une péritonite chronique simultanée et le poids spécifique du liquide l'indique dans une certaine mesure. Toutefois il n'est pas nécessaire d'admettre cela aux dépens du cloisonnement de l'ascite due aux lésions ci-dessus indiquées.

A l'autopsie : insuffisance de la mitrale et de la tricuspide péricardique adhérente, induration cyanotique du foie, du rein et de la rate. Foie mobile *par allongement des ligaments*.

L'abaissement du foie a précédé évidemment cette dernière ascite. Alourdi il avait tendance à s'abaisser et à distendre les ligaments, déplacement favorisé par le tonus défectueux des parois abdominales.

OBSERVATION VIII

Riforma medica, 1893. Vincenzo Poli.

Bernini Annunciata, paysanne, 29 ans, est envoyée à l'hôpital de Gonzague, le 8 mai 1888, avec le diagnostic d'hépatite. Depuis sa première jeunesse elle avait le teint terreux et il paraît, d'après les parents, qu'elle a toujours eu le ventre de formes irrégulières; l'émission des fèces a toujours été difficile; elle a en outre souffert du rachitisme, témoin la gibbosité qu'elle possède. La menstruation n'a pas paru à l'époque de la puberté ni depuis. Etant devenue enceinte à 24 ans, dans les premiers mois, elle eut trois fois un écoulement de sang avec la forme et les intervalles ordinaires de la menstruation. Ensuite elle accoucha régulièrement et à terme d'un fœtus mort. Par la suite, sa vie fut suffisamment bonne, mais elle ne pouvait pas sup-

porter de grandes fatigues, parce qu'elle était facilement prise de dyspnée. Cependant la marche, même prolongée, ne lui causait aucune gêne. Mais un sentiment de lourdeur dans la fosse iliaque gauche l'incommodait toujours. Quand elle est obligée de travailler, baissée au moment des récoltes, elle est prise de fortes douleurs aux malléoles et surtout au péroné du pied gauche, douleurs suivies d'une tuméfaction plus ou moins accentuée, suivant le plus ou moins de temps qu'elle met à son travail.

C'est une femme maigre, taille 1 m. 30. Thorax régulier en avant, présentant en arrière une cyphoscoliose droite avec une proéminence modérée des côtes dans la moitié inférieure. A l'examen plessimétrique, dans la partie inférieure droite en avant, l'endroit où se trouve le foie présente un son clair qui se continue avec celui de l'estomac et de l'intestin, et on entend le murmure respiratoire jusqu'au niveau de l'arcade costale.

Le ventre présente de l'asymétrie : le quadrant inférieur de gauche est en relief et sur une surface limitée par une ligne allant de l'ombilic au niveau de l'union de la neuvième et de la dixième côte et descendant obliquement jusqu'à la moitié de l'arcade crurale. Le ventre présente de la sonorité partout sauf au niveau de cet espace. La palpation permet de sentir nettement une tumeur indolente, de médiocre consistance, de superficie lisse dont le bord supérieur, bien net, présente une incisure correspondant à la cicatrice ombilicale. La tumeur a une forme allongée dans le sens transversal : son extrémité gauche est bien moins volumineuse que celle de droite et cette dernière s'étale tout entière dans la fosse iliaque tandis que le reste domine le niveau de l'arcade du pubis. Facilement mobilisable, on peut repousser cette tumeur et,

par des manœuvres appropriées, la retourner d'une certaine façon. On arrive à la porter à peu de distance du siège du foie avec la grosse extrémité tournée à droite, et cela sans que la femme éprouve de douleur : elle ressent même un sentiment de soulagement, à condition qu'on n'insiste pas.

La rate est à sa place, séparée de la tumeur par une zone présentant un son tympanique clair. L'utérus n'a aucun rapport avec cette tumeur.

Le foie s'est donc éloigné de son siège normal, se culbutant de façon que le lobe droit s'étende dans la fosse iliaque gauche tandis que le lobe gauche se trouve entre le pubis et la paroi abdominale : la miction n'est pas gênée.

Si nous devons croire le père, ce déplacement du foie serait congénital car il nous affirme que l'asymétrie du ventre de sa fille date de sa naissance, d'autant plus qu'elle n'a jamais porté de corsets serrés et jamais présenté d'affection capable de produire ce déplacement. Mais la déformation du ventre, unie à la pâleur terreuse de la peau, à la difficulté des évacuations, doit aussi faire songer à la tuméfaction abdominale qui se rencontre souvent chez les enfants débiles de la campagne, nés rachitiques. Si cette ectopie était congénitale, il faudrait la considérer tératologiquement comme un fait nouveau.

OBSERVATION IX

Société médicale des hôpitaux, 1893. Mathieu.

La nommée W..., âgée de 53 ans, est atteinte d'un ictère assez intense et bien caractérisé par la colora-

tion de la peau et des muqueuses, par la coloration foncée des urines qui présentent très nettement la réaction de Gmelin. Démangeaisons sur tout le corps : pouls à 45°. Elle raconte qu'elle a éprouvé quelques jours avant le début de sa jaunisse des douleurs vives dans l'hypocondre droit. On porte le diagnostic de lithiase biliaire et coliques hépatiques : le bord du foie débordait à ce moment les fausses côtes.

Le traitement n'améliore que peu la malade qui se cachectise : quinze jours après son entrée de nouvelles crises douloureuses ramènent l'idée de la colique hépatique. Cependant ces crises douloureuses ne furent pas suivies d'une recrudescence de la teinte ictérique.

Quelques jours plus tard en recherchant la mobilité des reins on découvre une mobilité anormale du foie.

Dans le côté droit de l'abdomen, très bas dans la fosse iliaque, on trouve une tumeur arrondie qu'on prit d'abord pour un rein abaissé. Mais on pouvait pincer entre les doigts le bord tranchant du foie et reconnaître ses deux encoches caractéristiques. Le bord du foie se dirigeait obliquement de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite vers l'ombilic. La face supérieure du foie se perdait sous les fausses côtes. Sonorité dans la région hépatique. Réduction facile de l'organe. Pas de mobilité des reins. Abdomen flottant à parois molles, relâchées, flasques tombant en bésace. Estomac distendu. Elle avait eu neuf enfants, mais c'est à la deuxième grossesse qu'elle reportait le début de cette luxation hépatique. Après son deuxième accouchement il y a 25 ans elle commença à éprouver dans l'hypochondre droit et la région lombaire droite de la pesanteur, des tiraillements, des paroxysmes douloureux. Elle sentait un déplacement et avait la perception nette de la tumeur. Ces crises douloureuses, jamais

accompagnées d'ictère, duraient huit jours en moyenne et n'étaient calmées que par l'application de compresses chaudes et le décubitus horizontal.

Depuis la malade a eu une nouvelle poussée d'ictère qui, cette fois, ne s'est pas accompagnée de phénomènes douloureux. Cet ictère assez intense a duré plusieurs jours mais a disparu rapidement en deux ou trois jours : ni la peau, ni les muqueuses n'en ont conservé la trace.

OBSERVATION X (résumée)

Même séance. Rendu.

M. Rendu cite une femme chez laquelle il a observé une luxation du foie et des reins. Ces accidents datent de trente ans et ont succédé à un accouchement. Cette femme depuis cette époque est sujette à des crises douloureuses subites qui l'obligent à s'arrêter et à se faire reconduire chez elle. Elle éprouve des souffrances intolérables, des sueurs, des tendances à la syncope. Elle n'a jamais présenté d'ictère.

OBSERVATION XI (personnelle).

La nommée B..., couturière, occupe le lit n° 12 de la salle Bouillaud, service de M. Hirtz, à l'hôpital Tenon. Elle s'est toujours bien portée, mais a été anémique dans sa jeunesse. Mariée à 21 ans, elle a eu à 23 ans une grossesse qui l'a beaucoup fatiguée par les vomissements incoercibles qui ont duré tout le cours. Elle a

eu des couches pénibles, mais qui n'ont pas nécessité d'intervention.

Sa fille âgée de cinq ans aujourd'hui a une coxalgie droite.

Cette malade est entrée à l'hôpital il y a quinze jours parce qu'elle avait les jambes enflées, des saignements de nez abondants et fréquents. Elle ne dort pas la nuit et n'a pas d'appétit. Elle éprouve en outre une sensation intense de découragement, de « laisser-aller complet » dit-elle, et son caractère est devenu acariâtre. Elle est réglée irrégulièrement et peu : elle n'a remarqué aucune aggravation dans son état au moment de ses règles.

C'est une alcoolique qui éprouve des vertiges et des cauchemars. Pituites, phénomènes de gastrite alcoolique, pas de stase des liquides dans l'estomac. Il y a un mois, s'étant imaginée voir un rat sur le palier d'un escalier, elle a, prise de peur, tombé de toute la hauteur d'un étage. Elle possède encore les traces de nombreuses contusions à l'épaule, au flanc droit, à la hanche droite.

A l'examen son ventre s'étale largement sans présenter beaucoup de vergetures : absence de réaction électrique des muscles droits. Sonorité dans toute l'étendue de l'abdomen sauf au niveau de l'hypochondre droit où l'on sent une tumeur très dure, convexe, d'une matité absolue à la percussion et dont le bord inférieur est anfractueux. Cette tumeur est par sa partie supérieure en rapport direct avec les fausses côtes : mais dans l'espace occupé par le foie physiologique, on constate une sonorité anormale qui ne cesse que deux travers de doigt avant l'arcade costale et dans cet espace on entend le murmure respiratoire. Nous sommes évidemment en présence du foie. Il a 17 centimètre de hauteur sur la ligne mamelonnaire et 25

centimètre dans sa dimension transversale. Un travers de doigt le sépare de l'ombilic. C'est un foie plutôt petit et sa dureté excessive, l'absence d'ictère, les épistaxis, l'apparence des veines abdominales nous font penser au début d'une cirrhose atrophique. La malade déclare ne s'être jamais aperçue de cette tumeur, elle en attribue l'apparition à sa chute. A l'en croire, nous nous trouverions en présence d'une luxation en avant du foie, luxation due à un traumatisme et préparée par l'état antérieur de la malade. On parvient à imprimer des mouvements au foie dans tous les sens : mais en essayant de faire réintégrer le foie dans sa cavité, la malade éprouve, dit-elle, des douleurs intolérables, douleurs causées probablement par la formation d'adhérences périhépatiques. Le port d'une ceinture de flanelle la soulage beaucoup.

Les jambes sont enflées, surtout la jambe droite et présentent de l'œdème, des varices. Elle y accuse des irradiations très douloureuses. Son cœur présente un souffle au premier temps et un dédoublement du second bruit. La malade ne présente aucun degré de néphropose.

OBSERVATION XII

Communiquée par le Dr A. Siredey, médecin à l'hôpital Saint-Antoine.

Madame X..., âgée de 42 ans, arthritique, un peu obèse, très nerveuse, mais d'une bonne santé habituelle, se plaint depuis quelques mois de douleurs abdominales, d'une sensation permanente de pesanteur dans le bas-ventre, de métrorrhagies presque continuelles qui ne cessent que pour faire place à des pertes blan-

ches très abondantes. Cette dame consulte son médecin habituel qui conclut à l'existence de tumeurs fibreuses et l'envoie à Paris, au mois d'avril 1890. La malade est conduite à M. le professeur Le Dentu qui constate des lésions complexes des organes génitaux : tumeurs fibreuses multiples, ovaires kystiques, et propose une opération qui est acceptée.

En mai 1890 M. Le Dentu pratique la laparotomie. Il enlève les deux ovaires qui ont d'ailleurs subi la dégénérescence scléro-kystique : l'un d'eux a presque le volume du poing. Il énuclée assez facilement un corps fibreux sous-péritonéal situé près du fond de l'utérus et laisse plusieurs tumeurs interstitielles de petit volume qui occupent la partie inférieure de l'organe, au voisinage de l'isthme et dont l'ablation exigerait l'hystérectomie totale.

La malade guérit rapidement. Elle porte une ceinture abdominale dès qu'elle commence à se lever. Les pertes ont disparu : il reste un peu de douleur et une pesanteur permanente dans le bas-ventre. Pendant deux ans la malade se trouve très bien, sauf la lourdeur du ventre qui ne diminue pas.

En 1892 la malade vient me trouver dans le courant de juin disant que sa tumeur reparait et que son médecin lui-même a constaté depuis quelques semaines l'existence d'une récurrence.

Au premier abord l'aspect de l'abdomen semble en faveur de cette opinion. On constate une saillie notable de toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen.

Au dessous et un peu en dehors de l'ombilic on remarque l'existence de masses dures, à peu près globuleuses, se laissant bien limiter et qui jouissent d'une certaine mobilité dans le sens transversal. Mais en prolongeant l'examen, il est facile de s'assurer que ces masses symétriques, régulières, absolument sem-

blables par la forme, le volume et la consistance, sont constituées par les reins que l'on peut d'ailleurs ramener à leur place. Il n'existe à ce moment aucun trouble du côté du bassin : l'utérus a diminué de volume et n'est le siège d'aucune sensibilité anormale. La malade présente une vaste éventration vers la partie inférieure de la ligne blanche au niveau de la cicatrice.

En mars 1894, la même malade revient me consulter, plus troublée que jamais. Il ne s'agit plus cette fois des reins, me dit-elle, mais d'une grosse tumeur dure qui remplit tout le bas-ventre et lui cause de vives douleurs dans la marche et dans la station debout. La constriction des vêtements devient insupportable, elle a dû supprimer les cordons de ses jupons pour les soutenir à l'aide de bretelles. En effet, lorsqu'on examine la malade dans le décubitus horizontal, on constate un développement exagéré de toute la région sous-ombilicale de l'abdomen. La palpation fait découvrir une masse arrondie, lisse, très sensible, qui semble étalée de droite à gauche et beaucoup plus développée dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur. Son bord supérieur dépasse un peu l'ombilic. A sa partie inférieure, cette masse semble plonger dans le bassin, cependant il est assez difficile de lui imprimer des mouvements de latéralité, tandis qu'on peut la déplacer de bas en haut. En cherchant à préciser ses rapports avec l'excavation pelvienne, on constate qu'elle se limite en bas par un bord lisse, mais un peu tranchant qui rappelle absolument le bord du foie ; en cherchant à relever ce bord et à le porter en haut et en avant, on réduit très facilement la tumeur qui vient occuper l'hypochondre droit. Quand l'ectopie s'est reproduite, à la suite des mouvements de la malade, on peut s'assurer qu'à droite, il existe de la sono-

rité dans toute la région du foie, jusqu'au bord supérieur de la masse en question. Quand le foie a été réduit, on sent au-dessous les tumeurs à peu près symétriques, formées par les reins ectopiés.

Depuis cette époque, la malade a porté un bandage avec une vaste pelote en croissant, qui relève le ventre de bas en haut et maintient assez bien les viscères. J'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois cette femme, qui, malgré la vaste éventration qu'elle conserve, peut circuler et vaquer à ses occupations. Elle ne présente aucune complication du côté du bassin et sa santé générale reste satisfaisante.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LUBANSKI. — Recherches pratiques sur les déplacements du foie.
Journ. med. Paris, 1843.
- WICKAM. — Disp. anorm. du lig. susp. du foie. Soc. anat. Paris
1846.
- DEMARQUAY. — Bul. soc. anat. Paris, 1849.
- ARNALDO CANTANI. — Annali univ. di med. e chir. Nov. 1866
p. 373.
- ROMOLO PIATTELLI. — Rivista cl. di Bologna, 1868, 10.
- MEISSNER. — Schmidt's Jahrb., 1869, p. 109.
- BARBAROTTA. — Il Morgagni, XI, 1870.
- VOGELSANG. — Virchow's Jahrb., 1872, p. 172.
- WINCKLER. — Arch. für Gyn., 1872, IV, p. 145.
- SALOMONE MARINO. — Riv. cl. di Bol., 1874.
- LONGUET. — Anom. du foie. Soc. Anat. Paris, 1874, p. 186.
- LÉOPOLD. — Zur lehre von der W., 1874.
- MULLER. — Zur diagn. der W. Deutsche Arch. für K. med. Leip-
zig, 1874, XIV, p. 146.
- TEMPINI. — Gaz. med. Ital. Lomb., 1875.
- SUTUGUIN. — Medicinsky Westinck, 1875.
- CHVOSTEK. — Wiener med. presse, 1875 analysé, dans France
méd., no 103.
- BLET. — Etude sur le foie mobile. Th. Paris, 1876.

- WASILJEW. — Pétersb. med. W., 1876, no 30.
- PEPPER. — Floating liver man adult female Med. and Surg. Report Philad., 1877.
- FRERICHS. — Tr. prat. des mal. du foie, 1877, p. 46.
- KOCHLER. — Beitrage zur Cas. der W., Th. Greifswald, 1877.
- LEGG. — Movable and displaced liver. St Barth. Hosp. Rep London, 1877, XIII.
- RODSEWITSCH. — Ein neuer fall. von ectopia hepatis. St-Petersb. med. W., 1879, p. 324.
- SCHETSCHERBAKOW ET RUDOW. — Un cas de foie mobile. J. hebdom. de méd. St-Petersb., 1879, n° 10.
- HOSCHHALT. — Foie mobilee Med. chir. Centralblatt. 1879, XIV, p. 554.
- KIRMISSON. — Double dépl. du foie par interversion et rotation Bull. Soc. Ann. Paris, 1880, LV, p. 112.
- POKROWSKI. — Path. du foie flottant. St-Petersb., 1880.
- GARNETT. — Accidental and sudden dislocation of the liver J. med. sc. Philadelphia, 1881. T. 91, p. 110.
- MULLER. — Ueber ein fall von W. Berlin Klin. W. 1882, XIX, p. 230.
- SCHOTT. — Zur lehre von der W. Deutsche m. Ztg 1882, p. 247.
- PETERS. — A case of displ. liver diagn. Med. gaz., 1882, IX p. 412.
- SYMANOWSKI. — Deux cas de déplacement du foie. Ejen. Klin., Gaz. St-Petersb., 1882, II.
- TRUSCH. — A. Wandering liver. Obst. gaz. Cincinn. 1882, V, p. 337.
- RUMBERG. — Ett fall of hepar migrans Finska lak s. h. Helsingford, 1882.
- SCHWARTZ. — Un cas de foie mobile. Soc. de méd., 1883, Vienne.
- BOTKINE. — Foie déplacé et mobile. Ejened Klin. Gaz. St-Petersb. 1884, IV.

- RISPERT. — Ein fall von W. Berlin Klin. W. 1884, XXI, p. 372.
- KRANOLD. — Zur casuistik der W. Stuggart, 1884.
- MAAK. — Ein fall von W. St-Petersb. med. W., 1884, p. 410.
- SUNER. — Dislocation del higado. Genio med. Guir. Madrid, 1884, p. 160.
- RUBINOVITCH. — Foie mobile Voenné méd. St-Petersb., 1884.
- LARIONOW. — Dislocation du foie. Ejened Klin. gaz. S-Petersb., 1885.
- SEAGER. — Displacement of the liver. Brit. M. J. London, 1885, p. 599.
- LANDAU. — Ueber Dislocation der leber. Deutsche M. W., 1885, p. 754.
- GLÉNARD. — De l'entéroptose Lyon méd., 1885.
- FÉREOL. — Entéroptose et neurasthénie. Bull. soc. méd. hôp. Paris, 1886.
- SYMINGTON. — Variations de vol. et position du foie. British. M. J., décembre 1886.
- NEUSTAB. — Hépar migrans. Russk med. St-Petersb., 1886, p. 379.
- RITTER VON HACKER. — Wiener méd. W., 1886.
- ROHDEN. — Un cas de foie mobile Deutsche M. W., 1887, p. 106.
- ROSENKRANZ. — Zur Casuistik der W. Berlin Klin. W., 1887.
- SYMINGTON. — On certain physiol. variations in the shape and position of the liver. Ed. méd. journal, 1887-88, p. 33, 726, 736.
- TERRIER ET BEAUDOUIN. — Bull. méd., 1888, 18 août.
- RIEDEL. — Bull. méd., 1888, p. 1177.
- PICHEVIN. — Coincidence d'un lobe de foie mobile et d'un rein flottant. Progr. méd., 13 oct. 1888.
- LANGENBUCH. — Ein fall von resection eines linckseitigen Schüdlappen der leber Berlin Klin. W., 1888.
- MARIGLIANO. — Riforma médica, 1889.

- CURTIVS. — Sympt. und. Etiologie der W. im ausschluss an einem solchen fall. Th. Halle, 1889.
- EINHORN. — Ein fall von W. med. Monatschr., 1889.
- SZIGETHY. — Cas rare de foie mobile. Pest. méd. chir. presse Bu-da-Pesth., 1889. XXV, p. 1013.
- HUGUES. — A case of floating liver Univ. méd. Mag. Philad., 1889-90.
- SCLUK. — Cas rare de déplacement du foie côté gauche. Russk. méd. S.-Pétersb., 1890, p. 474.
- GÉRARD MARCHANT. — Hépatopexie. Acad. méd., 11 août 1891.
- MANN. — Ein neuer beitrage zur lehre von den W. organen. Deutsch. M. W. Leipzig, 1891.
- LANGENBUCH. — Mercardi médical, 1891.
- FRANK. — Displaced liver ; paralysis of the sympathic right side. Am. Pract. et News Louisville, 1891.
- SCHATZ. — La pression intra-abdominale et la mobilité anormale des viscères abdominaux. Berlin Kl. W., 1891, p. 680.
- MANN. — Hépatoptose chez un homme. Ann. des malad. des org. génito-urin., déc. 1891.
- FAURE. — Thèse. Paris, 1892.
- ACOSTINI. — Un caso di fegato ambulante. Rassegn. di sc. méd. Modena, 1892.
- KREIDER. — Foie flottant. Méd. News, 22 avril 1893.
- GODART. — De l'hépatoptose. Policlin. Bruxelles, 1^{er} août 1893.
- RICHELOT. — Fixation d'un foie déplacé. Un. méd., 5 août 1893.
- VINCENZO POLI. — Un caso singulare di fegato mobile. Riforma medica, 1893, II.
- LÉTIENNE. — Sur la mobilité du foie. Médecine moderne, décembre, 1893.
- CARDARELLI. — Un novo caso di fegato ambulante. Riforma medica, 1893. III

MATHIEU. — Un cas de foie mobile. Soc. méd. des hôp. Octobre, 1893.

DOBRYZCKI. — Dislocation acquise du foie chez l'homme Medycyna. Varsovie, 1893.

LEUBE. — Contribution à la connaissance du foie mobile. Klin. med. Würtzburg, 1894.

COUTURIER. — De l'hépatopexie. Th. Bordeaux, 1895.

GODART-DANHIEUX. — Hépatoptose et complications. Polclin Bruxelles. Décembre, 1895.

RENDU. — Art. Dictionnaire Dechambre.

SEGOND. — Art. Traité de Chirurgie.

Vu : le Président de la thèse,

DEBOVE.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

